|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生:  |  |  | 日期: |  |
| 出生日期:  |  |  | 所在学区: |  |
| 学生年级: |  |  | 所在学校: |  |
| 父母姓名: |  |  | 就读学校: |  |
| 合格条件 | [ ]  通过Child Find合格 | [ ]  通过IDEA合格 | [ ]  通过Section 504合格 |

**指示**

*本表格旨在支持IEP与504团队安排初步缩校日课程计划的考虑。**当IEP与504团队认为缩短缩校日课程可能是合适的安排时，应将本表格用于当前正在接受全日在校学习的学生。*

1. 为什么考虑安排缩校日课程?

[ ]  实现与行为相关的IEP目标 [ ]  满足学生的医疗需求

[ ]  学生/家长亲自选择参加另类教育计划

[ ]  即将毕业学生/家长的个人选择

[ ]  其他 (请说明):

1. 说明学生的缩校日课程历史，包括开始当前缩校日课程的日期以及之前参加过的任何正式或非正式缩校日课程的开始和结束日期。

1. 说明学区为学生提供获得与所在学区内大多数同年级学生相同的教学或教育服务时数所采取的合理、可衡量步骤。

1. 说明阻碍学生有意义地获得与所在学区内大多数同一年级学生相同时数教学或教育服务的障碍。

1. 说明提供的合理替代安排，包括为学生提供适当的支援, 以及可使学生获得与所在学区(或其他规定的对比小组)内大多数同一年级学生相同时数的教学或教育服务。必须提供至少一项合理的替代安排。

1. 说明缩校日课程的具体规定。
2. 参加缩校日课程后, 该学生每周会收到多少小时的教学和教育服务?

1. 设计的缩校日课程将如何实现学生个人化学习目标和普通课程的进度?

1. 设计的缩校日课程将如何支持学生重返非缩校日课程?

1. 学生可在什么预计日期前重返非缩校日课程?

1. 说明任何其他相关缩校日课程计划的具体规定 (如适用)。

**家长或养父母确认书**

* 我确认，我收到了上述与缩校日课程安排相关的信息，其语言和格式均符合SB 819 (2023)并可供我使用的要求。
* 我尚未以我可以理解的语言和格式收到此信息的通知，并且需要进一步的协助来理解本文件包含的信息。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 签名 |  | 姓名 (正楷) |  | 日期 |

**在样本表****上用信息初步考虑缩校日课程计划安排的说明**

ODE打算将此样本表格视为学区实施SB 819法案相关初步缩校日课程安排审查规定的支柱。此特定表格旨在支持IEP或504团队审查个别学生的初步缩校日课程安排，包括SB 819以及Section 3 (1)(c)与(d)为此类讨论规定的具体要求:

SECTION 3。除非满足以下所有条件,学区不得为残疾学生提供缩校日课程计划: (1) 学生的个人教育计划[或Section 504方案]团队: (c) 记录证明学区至少提供了一项包括可支持学生获得与所在学区内大多数同一年级学生相同时数教学或教育服务的合理替代安排。(d) 记录缩校日课程计划的具体规定，包括: (A) 缩校日课程计划的设计目的是: (i) 支持学生从缩校日课程重返非缩校日课程; 以及 (ii) 实现学生个人化学习目标和普通课程的进度; (B) 参加缩校日课程的学生每周会收到多少小时的教学和教育服务; (C) 如何衡量学生实现个人化学习目标和普通课程的进度; 以及 (D) 学生可在什么预计日期前重返非缩校日课程。

在讨论缩校日课程安排之前，学区必须用家长或养父母可理解的语言和格式提供告知他们有关缩校日课程具体信息的书面声明。为此，ODE建议使用**《关于初步缩校日课程安排前需考虑的信息》**样本表格。

在寻求家长的书面缩校日课程同意之前，应填写并审查**《关于初步缩校日课程安排前需考虑的信息》**表。在适用的情况下，此表格上提示的书面说明应总结相关合理替代安排与向学生提供的缩校日课程计划安排的文件。

虽然 ODE的样本表格旨在支持SB 819的有效实施，但没有任何表格能够单独确保合法或有效的实施。因此，学区应酌情寻求法律咨询，确保遵守所有州政府和联邦法律，包括SB 819、《美国残疾人法案》(ADA)、1973年《康复法案》第504条以及《残疾人教育法》(IDEA)。

请按照以下步骤填写表格:

1. **学生信息**: 填写学生的姓名、出生日期、年级等相关信息。勾选相应方框以表明学生的资格。
2. **原因**: 勾选适用的方框，了解为何考虑采用缩校课程。如果选择「其他」，请提供详细信息。
3. **学习历史:** 说明学生的缩校日课程历史，包括开始和结束日期。
4. **精力和障碍**: 说明学区为支持学生获得教学和教育服务所付出的精力，以及任何阻碍成果的障碍。
5. **替代安排:** 说明所提供的合理替代安排，包括为学生提供的适当支持。
6. **拟议的计划规定**: 提供拟议缩校课程计划的详细说明，包括教学和教育服务时数、如何支持学生的进度以及重返非缩校日课程的预计日期。对于参加504方案的学生，如果个人化学习目标不适用，请详细解释原因。如果个人化学习目标是必要的，请确保在个人化学习目标表中清楚概述。在适当的情况下考虑对特殊教育进行初步评估的必要性。
7. **家长或养父母确认书**: 父母或养父母应阅读确认声明并勾选相应的框, 然后签名、用正楷写自己的名字并註该日期。

本样本表格仅是ODE提供的参考文件。学区可以选择使用此表格、开发自己的表格或根据自己的具体需求进行调整，以确保遵守所有州政府和联邦法律，包括《美国残疾人法案》(ADA)、《康复法案》第504条以及IDEA。ODE建议学区在制定与SB 819相关的实施和文件程序时寻求法律顾问，以确保其实施方式符合相关当地情况的州政府和联邦规定。

**免责声明:** 本文件是俄勒冈州教育部(ODE)提供，作为协助学区实施参议院819号法案规定参考工具的样本表格。其使用不是强制性的。学区可以选择使用此表格、开发自己的表格或根据自己的具体需求进行调整，以确保遵守所有州政府和联邦法律，包括《美国残疾人法案》(ADA)、《康复法案》第504条以及《残疾人教育法》(IDEA)。ODE强烈建议学区在制定与SB 819相关的实施和文件程序时寻求法律顾问，以确保其实施方式符合相关当地情况的州政府和联邦规定。